附件2：

中国非公立医疗机构协会神经外科专业委员会首届学术年会暨

第十届三博神经科学论坛参会报名表（复印有效）

单位名称：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 科室 | 职称 | 职务 | 联系电话 | 邮箱或传真 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 住宿：标准间430元/间 单间：430元/间 | | | | | | |
| 房间预订：□不住宿 □住宿 □其他  联系人：张之喜 联系电话：18710158955 | | | | | | |
| 住宿日期选择：□11月10日（周五）　11 月 11日（周六）　其他： | | | | | | |